CONCOURS POUR L'AGGRÉGATION.

10

THÈSE

SUR CETTE QUESTION :

Y A-T-IL DES MÉTASTASES PURULENTES?

PAR J.-C. SABATIER,

DOCTEUR EN MÉDECINE, ANCIEN INTERNE DE PREMIÈRE CLASSE DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Involuta veritas, in alto latet.

Paris.

BAILLIÈRE, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 13 *bis*.

1832.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE,
RUE PALATINE, N° 5.

A LA MÉMOIRE

DE J.-B.-H. DANCE,

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Hommage rendu à un honorable caractère et à des travaux utiles trop tôt interrompus.

A M. Rayer,

MÉDECIN DE LA CHARITÉ.

Y A-T-IL DES MÉTASTASES PURULENTES?

La question que le sort nous a fait tomber en partage présente d'assez nombreuses difficultés pour arriver à sa solution.

La preuve en est, que les meilleurs esprits et les observateurs les plus attentifs sont, de nos jours, partagés d'opinion sur ce point.

Si, d'un côté, les faits sont en assez grand nombre et irrécusables, leur interprétation est susceptible de sens différens; et cela, parce que l'anatomie pathologique nous offre des phénomènes accomplis, et que leur mode d'accomplissement est au moins un sujet de doute pour un certain nombre de cas.

Nous tâcherons, dans ce travail, d'établir le degré de certitude auquel l'examen des faits et des principaux écrits qui existent sur cette matière, nous permet d'arriver.

I. *Métastase* signifie en pathologie : transport et fixation d'un état morbide, opérés d'une partie sur une autre.

II. Si, appliquant au mot métastase ainsi conçu, l'épithète *purulent*, on demande s'il existe des métastases purulentes, cette question pour nous revient à dire : Existe-t-il des cas où une

collection de pus se trouvant dans un point, ce pus est transporté et déposé en nature dans un autre.

III. Si, maintenant, après avoir posé le sens de la question, nous cherchions à définir, nous dirions : On doit entendre par métastase purulente la transposition de tout ou partie d'un foyer purulent, opérée d'un point sur un autre, et sans que le transport de ce pus ait eu lieu par le seul fait des lois de la pesanteur, ou de l'infiltration successive du pus, s'épanchant de son foyer dans les parties environnantes. Tel serait, comme exemple d'une métastase de ce genre, le cas d'un abcès existant à la cuisse, abcès dont le pus serait transporté et déposé dans le tissu cellulaire du bras. Du reste, nous ne comprenons sous la dénomination de métastases purulentes que les seuls cas qui peuvent rentrer dans la définition précédente.

IV. Nous ne regardons point comme le résultat d'une métastase, les abcès dits par congestion, les collections de pus trouvées dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire, d'un membre dont une partie a été le siége d'un érysipèle phlegmoneux terminé par une vaste suppuration. Il en sera pour nous de même des collections purulentes qui, se frayant une voie sinueuse ou directe dans le tissu cellulaire, ou par le fait d'une perforation accidentelle, arrivent à s'accumuler dans un organe, ou ne font que le traverser s'il offre une communication avec l'extérieur. Tels sont, par exemple, les cas des abcès de la fosse iliaque droite s'ouvrant dans le cœcum : ceux du tissu cellulaire du petit bassin, s'ouvrant dans le rectum ; des abcès du rein se vidant dans la vessie ; des abcès du foie s'ouvrant dans l'estomac, le colon, le duodénum, ou, comme on l'a vu une fois dans un cas, s'ouvrant dans la cavité pleurale après une perforation du diaphragme, pour être évacués par la trachée, après une perforation des poumons.

V. Ceci posé, entrons dans l'examen des faits. Voyons s'il en est qui prouvent incontestablement l'existence des métastases purulentes.

Les faits recueillis tant par les anciens que par les modernes, offrent, quant à leur nature, des différences assez tranchées, pour qu'à les prendre en masse et sans distinction il regnât un peu de

confusion dans leur examen. Nous croyons donc à propos de comprendre leur exposition dans les trois divisions suivantes.

Métastases purulentes opérées : 1° dans le tissu cellulaire sous-cutané ; 2° d'un point quelconque vers une cavité ou une surface communiquant avec l'extérieur : l'évacuation du pus au dehors par ces voies, soit naturelle, soit hâtée par les moyens de l'art, paraissant être, dans ces cas, le but principal des mouvemens organiques ; 3° d'une partie en suppuration vers une autre partie, sans que l'évacuation du pus au-dehors paraisse en être la raison suffisante ; la présence du pus dans cette partie pouvant être le resultat de causes différentes.

Peut-être en nous voyant poser ces divisions, sera-t-on tenté de nous reprocher d'établir dès l'abord en fait ce qui est en question. Mais nous ne préjugeons rien : il nous faut bien établir notre travail sur un plan. Les observations viendront s'y grouper, nous les discuterons et concluerons après.

A. Existe-t-il des faits qui prouvent qu'une collection de pus, appréciable à l'extérieur, ait disparu du foyer qu'elle occupait, pour être transportée sur un autre point voisin de la surface du corps, lequel point n'aurait présenté auparavant aucun des symptômes les plus communs à l'inflammation ?

VI. Soit que nos recherches n'aient pas été assez multipliées, soit que, continuées plus long-temps, elles eussent encore dû rester infructueuses, nous n'avons aucun fait bien positif pour résoudre affirmativement cette question. Nous avons interrogé l'expérience et les souvenirs d'un grand nombre de praticiens recommandables ; aucun d'eux n'a pu nous fournir la solution que nous désirions trouver. Nos propres observations ne mentionnent aucun cas de ce genre. Cependant à défaut de faits équivalens à une démonstration, nous placerons ici les deux observations suivantes, qui, de toutes celles que nous avons explorées, se rapprochent le plus des faits qui devraient appartenir à cette cathégorie.

1. Un homme de 30 ans, sanguin et d'une bonne constitution, mais grand buveur, après avoir coupé brusquement une fièvre tierce, à l'aide d'un remède dangereux (*pervreso remedio*), fut

atteint d'un engorgement inflammatoire considérable des parotides, avec frissons et fièvre intense. Le 9e jour, la suppuration étant faite, et la fluctuation évidente, on propose de donner issue au pus par une incision. Le malade s'y refuse. Le 10e jour, la tumeur disparaît. Pendant trois jours une diarrhée abondante eut lieu (l'auteur ne dit pas que cette diarrhée ait été purulente, probablement parce qu'elle ne l'était point). Dix jours après, le malade éprouve une douleur violente et profonde à la région abdominale. Symptômes généraux très-graves. Un examen attentif fit reconnaître un engorgement très-dur et douloureux à six travers de doigts de l'ombilic, dans le trajet du muscle droit, et dont le siége paraissait être, soit entre les muscles obliques, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Cette fois le malade se laissa traiter. Le 8e jour, fluctuation appréciable, ouverture de l'abcès issue d'une grande quantité de pus mal lié. Suppuration, guérison complète après 26 jours. (Alix, *Observata chirurgica*; fasc. 1., ob. 14, p. 65. Altenburgi, 1774.)

2. Une dame fut opérée, cet hiver, d'une tumeur squirrheuse au sein droit, par M. Roux. La plaie fut réunie par première intention. Quelques jours après, un abcès volumineux se forma dans le creux de l'aisselle droite. M. Roux remarqua que le pus du foyer commençait à sortir, en petite quantité, par la plaie du sein, et se disposait à faire une ouverture sur la tumeur pour la vider et empêcher le pus de prendre cette direction, lorsque, presque simultanément, et sans prodrômes inflammatoires, un abcès assez considérable se manifesta à la fesse droite. En même tems, le pus du foyer de l'aisselle disparut sans que la plaie du sein fournit une suppuration plus abondante que de coutume, et les parois de ce foyer revinrent sur elles-mêmes sans laisser de traces de décollement. L'abcès de la fesse fut ouvert. Il suppura, se cicatrisa, la malade guérit.

Nous voyons, dans le premier cas, des abcès parotidiens volumineux disparaître brusquement, et, plus tard, un abcès se former dans la paroi abdominale antérieure; mais ce n'est que 10 jours après la disparition du premier. Dans le second cas, abcès à l'ais-

selle, disparition assez rapide de cet abcès, et presque simultanément abcès à la fesse. Ici en raison de la simultanéité dans l'échange des phénomènes, le fait de la métastase semblerait mieux établi que dans le premier cas. Concluons, relativement à cette question, que s'il existe quelques faits qu'on puisse rattacher à ce genre de métastases, il n'en est aucun à notre connaissance qui en démontre évidemment l'existence. Or, les faits de ce genre bien établis seraient les plus probans ; comme la métastase de l'érysipèle de la jambe à la face est la plus positive, parce que là, on touche et l'on voit.

B. Existe-t-il des faits susceptibles de prouver que du pus se trouvant dans un foyer ou sur une surface, même ouverte à l'extérieur, ait été transporté vers un autre point ou une autre surface d'où il ait été rejeté au dehors ?

5. Ici, en apparence, les faits abondent : ce n'est pas leur défaut qui embarrasse ; c'est, d'une part, le peu d'exactitude d'un grand nombre d'observations, et le défaut de rigueur des conséquences qu'on en a tirées ; ce qui en diminue prodigieusement la quantité. Aussi ce n'est qu'avec réserve qu'il faut aborder les nombreuses observations de ce genre que les anciens surtout nous ont transmises. Nous nous bornerons à rapporter celles qui nous ont offert le plus de garanties d'exactitude.

« Quant au pus qui est rejeté des bras par les urines, dit A. » Paré, cela est démontré par deux histoires. »

Voici l'analyse des deux faits rapportés par ce chirurgien.

1° Coup de pistolet au bras droit, accidens inflammatoires. Suppuration abondante. Diminution brusque et très-notable de la suppuration. Emission de pus par les urines et les selles. Cessation de ces phénomènes, retour de la suppuration vers la plaie. Le malade guérit. Quand les plaies jetaient beaucoup, dit Paré, on ne voyait ni par les selles ni par les urines aucune apparence de boue (de pus).

2° Sur un gentilhomme blessé d'un coup d'épée au bras gauche, Paré observa les mêmes phénomènes. Le malade mourut. Il fut ouvert, et ayant regardé et examiné toutes les parties internes, on

le trouver vivant le lendemain. Dans la nuit le malade reste sans pouls et sans mouvement. Au matin il se réveille comme d'une léthargie, accusant une douleur très vive à la partie moyenne et antérieure du bras droit, les forces musculaires avaient reparu, le malade alla à la selle sans trace de pus dans ses déjections. L'avant-bras cependant était très-douloureux; un dépôt soulevait le derme; la peau était rouge et très-sensible. Ce dépôt s'ouvrit spontanément le lendemain, et donna issue à une grande quantité de pus de la meilleure nature. La nuit suivante le malade retombe dans les mêmes accidents qu'auparavant; on examine le bras, plus de suppuration, pas de traces de dépôt. Le lendemain le malade reprend quelques forces, il accuse une douleur des plus vives à l'occiput; une tumeur ne tarda pas à s'y manifester; elle fut ouverte dès que la fluctuation y fut sensible. On entretint la suppuration, et cinq semaines après le malade était complètement guéri.

VII. La plupart de ces faits sont, comme on voit, empruntés à des auteurs du dernier siècle. Nous n'en possédons aucun de ce genre, et nous en sommes d'autant moins étonnés que nous voyons des praticiens plus anciens, et qui ont observé beaucoup plus que nous, n'en avoir pas rencontré. M. Boyer, par exemple, dans le cours d'une longue pratique, a bien vu parfois des abcès être rapidement resorbés, mais jamais il n'a vu ce phénomène être suivi d'évacuation de pus, soit par les urines, soit par les selles.

VIII. Maintenant cherchons quelles conséquences il nous est permis de déduire des observations précédentes, en les supposant aussi exactes que possible.

Les observations 1, 2, 3 et 5 offrent une notable ressemblance. Dans quatre cas quatre blessures existent au membre supérieur, et nous voyons chez ces quatre sujets la suppuration cesser pendant qu'une évacuation de pus a lieu chez deux, par les urines et les selles, chez deux par les selles seulement, pour recommencer alors que les selles et les urines cessent d'être purulentes. Un de ces sujets succombe; l'ouverture de son corps ne montre aucun abcès intérieur, aucun foyer de suppuration communiquant avec les reins, la vessie

et l'intestin. Voilà tout ce qu'on peut conclure de l'autopsie cadavérique faite par Paré, qui ne parle pas de l'état des vaisseaux. Toujours est-il que cette coïncidence entre la diarrhée purulente et l'arrêt de la suppuration chez tous ces malades conduit à faire soupçonner le transport du pus de la surface suppurante vers l'intestin chez les uns, les reins et l'intestin chez les autres. On objectera peut-être que les urines ont souvent un aspect purulent sans contenir de pus, que le dépôt des sels par le refroidissement pouvait en imposer aux anciens, surtout si peu avancés en chimie et si pénétrés des doctrines de l'humorisme. Mais en accordant même que Paré et ses confrères aient mal vu, ce qui n'est pas démontré, Belloste, Buttner, et d'autres auraient donc mal vu comme lui? Au reste, tous ont noté la coïncidence sur laquelle nous insistions tout-à-l'heure comme sur le point le plus important de ces observations.

Les observations 4 et 6 nous offrent deux cas dans lesquels la résorption du pus à l'intérieur des foyers qu'on se disposait à ouvrir, est immédiatement suivie, dans l'une, d'évacuations alvines purulentes et répétées, dans l'autre, de vomissemens de pus facilités par un émétique. Un purgatif, donné le lendemain, détermine des selles purulentes, et, tant que les évacuations conservent ce caractère, le malade a des maux de cœur qui cessent aussitôt que ses évacuations changent de nature. En suivant l'enchaînement des phénomènes, les rapports de cause à effet paraissent ici d'une manière assez évidente pour qu'il soit difficile de les contester, si l'on admet l'exactitude des observations.

Le dernier cas est plus compliqué. C'est d'abord, suivant toute probabilité, une inflammation circonscrite du tissu cellulaire sous-péritonéal et du péritoine avec des adhérences dans le point correspondant d'une portion d'épiploon et d'intestins, formation d'un abcès correspondante à l'époque des frissons, de l'inappétence, etc., puis, après un certain laps de temps, perforation de l'intestin, évacuation du pus par cette voie; oblitération de l'ouverture, le foyer n'étant pas tari; résorption et appel des fluides vers une partie qu'une circonstance inexplicable, mais motivée sans doute dans l'organisme, a fait être l'avant-bras droit; dépôt de pus dans ce point. Cepen-

surtout dans leur pratique des armées, l'occasion d'observer des faits de cette nature. Bonnet les a indiqués (Sépulchret). Morgagni, dans son immortel ouvrage, cite plusieurs cas de ce genre empruntés pour la plupart à Valsalva, Nic. massa (1553). Il rappelle que Marchetti, Bohn, Baillou, Molinelli ont cité des observations semblables. Enfin Quesnay, Wanswiéten, J.-L. Petit, etc. et dans notre siècle tous ceux qui ont écrit ou professé soit la pathologie externe, soit l'anatomie pathologique, ont plus ou moins insisté sur ces faits. Il devient donc inutile que nous en rapportions ici un certain nombre, dans le but de prouver leur existence, personne ne pouvant songer à la contester.

XI. Avant d'aller plus loin, il convient de résumer en peu de mots les caractères anatomiques des abcès observés dans les cas dont il s'agit au sein de différents viscères. Il n'est pas de médecin maintenant qui pour peu qu'il se soit livré à l'anathomie pathologique, n'ait eu d'assez fréquentes occasions de les étudier par lui-même. Dans ces derniers temps, MM. Velpeau (*Revue médicale*, t. 2, 3, 4, 1826. — 1829. *Nouveaux él. de méd. opér.* t. 1. Introduct., p. 49 et suiv.), Blandin (*Journal hebd.* t. 2. 593, 1829), Dance, *Archives*, 1828 - 1829. — *Dictionn. de méd.* 2e édit. art. abcès métastatiques), Rose, Arnott (*Transact. méd. chir. hono.* t. 14, 15) en Angleterre, ont particulièrement insisté sur leur description. Il résulte au reste de toutes les recherches anatomiques faites sur ce point, 1° que les parties où l'on trouve le plus souvent ces abcès sont : le poumon, le foie, la rate, le cerveau, les membranes séreuses, planchniques, articulaires, le cœur, les reins, les muscles, le tissu cellulaire des membres.

2° Que, suivant le degré de maturité de ces abcès, ou mieux suivant les diverses époques de leur formation, on peut établir dans les périodes qu'ils parcourent plusieurs distinctions bien tranchées, au moins pour certains organes; le poumon, le foie, par exemple. Cependant il existe ici entre les observateurs cette dissidence, savoir, que les uns admettent qu'avant de se présenter à nos yeux en foyer et à l'état liquide, la matière de ces abcès a dû toujours y être produite par les diverses périodes d'une inflammation locale, tandis

que les autres soutiennent que cette condition n'est pas toujours indipensable, et que dans certains cas le pus a été simplement déposé.

3° Que ces abcès offrent ainsi des caractères qui leur sont communs en raison de leur nature, et d'autres qui varient et dépendent de la spécialité de l'organe qu'ils affectent. C'est ainsi qu'au poumon ils sont plus nombreux à la base qu'au sommet, à la surface qu'au centre. La plupart font saillie sous la plure qu'ils enflamment et perforent quelquefois, déterminant ainsi des pleurésies consécutives. Au foie, ils sont moins régulièrement arrondis. Ils ne font pas, en général, saillie sous le péritoine, la membrane propre du foie y mettant jusqu'à un certain point un obstacle. Ils se confondent plus souvent entre eux, parce que les lobules du foie ne sont pas isolés comme au poumon par des cloisons celluleuses. Ils y sont plus souvent entourés d'une fausse membrane que partout ailleurs. M. Louis, qui a étudié anatomiquement les abcès du foie (*Mémoire sur les abcès du foie, Répert. gén. d'anat. et de phys.*, t. 1. 1826, p. 129), nous a dit avoir toujours trouvé cette fausse membrane à des degrés de développemens plus ou moins avancés, non-seulement sur les abcès du foie, suite d'une hépatite franche, mais aussi sur ceux qu'il a eu occasion d'observer depuis, et qui étaient de la nature des abcès dont nous parlons en ce moment. Pour lui, il n'existe aucune différence dans la disposition anatomique des uns et des autres: ce sont d'abord autant de petits kystes purulens, groupés les uns auprès des autres, et formés sans doute par les granulations du parenchyme de l'organe. A une époque plus avancée, ces kystes se rompent par le point le plus central de leur circonférence, et constituent ainsi ces espèces de cloisons flottantes qu'on trouve à l'intérieur des abcès, tandis que la réunion de leurs portions les plus excentriques constitue la fausse membrane qui environne la totalité de la collection.

Dans la rate, on trouve plus souvent une sanie purulente, que du pus en nature; cependant, on en rencontre parfois ramassé en foyer, et sans aucun mélange de sang. Au cœur, on trouve du pus ordinairement sous forme de granulations dans les ventricules et

les oreillettes. On en trouve niché entre les colonnes charnues; on en trouve dans l'épaisseur de la cloison et des parois; rarement à la surface de l'organe. Je ne sache pas, pour moi, qu'on ait trouvé dans le cœur des noyaux concrets, comme dans le foie, le poumon; et j'admets que, presque toujours au moins, on l'y rencontre à l'état liquide. Aux reins, la substance corticale est plus souvent le siége de ces abcès que la tubuleuse. Au cerveau, la substance grise plus que la substance blanche. On l'y trouve répandu en gouttelettes d'un jaune-verdâtre, tantôt isolées, tantôt comme infiltrées dans la substance; enfin, on l'y trouve aussi parfois à l'état concret, comme j'en ai vu quelques exemples. Le cerveau, contenant ainsi des abcès, exhale quelquefois, lorsqu'on incise ses membranes, une odeur qui peut faire soupçonner leur présence.

Dans les cavités séreuses, on trouve une couche de véritable pus plus ou moins épais, le reste du liquide d'une teinte cendrée ou terreuse est fort loin de ressembler aux flocons et à la sérosité lactescente des pleurésies ou peritonites franches (Velpeau). Dans les articulations, le pus est verdâtre, quelquefois jaunâtre, les surfaces articulaires, les capsules sont ou saines, ou usées, érodées, perforées; les tissus environnans, ou sains, ou infiltrés de sérosité ou de pus. Dans les muscles, c'est encore à l'état liquide qu'on trouve le pus réuni en foyers bien circonscrits. Et, de tous les muscles, ceux des mollets sont ceux où ces foyers se trouvent le plus fréquemment, après eux les pectoraux, hors les cas de phlébite d'un membre. Dans le tissu cellulaire, ces foyers sont plus ou moins nombreux, épars dans diverses régions. Le tissu cellulaire ambiant ne présente ordinairement qu'un cercle échymosique. Mais souvent les veines du voisinage sont épaissies, rouges, obstruées par des concrétions sanguines (Dance). Les lésions anatomiques dont il s'agit, s'offrent donc suivant les organes d'une part, de l'autre, suivant l'époque plus ou moins reculée de la mort des sujets. Enfin, parfois sur le même individu : 1° à l'état de pus liquide. 2° A l'état de noyaux purulens, plus ou moins volumineux, de consistance caséuse, laissant couler de leur centre par la pression quelques gouttes de pus; ou bien

plus résistantes, c'est-à-dire, moins avancées, et n'en fournissant pas à la pression. 3° A l'état de noyaux rouge-noirâtres, ressemblant à des indurations apoplectiques, et au centre desquels parfois on trouve une gouttelette de pus. 4° Enfin, c'est une simple tache semblable à celles qu'on observe dans la peau des individus atteints de fièvre grave. 5° Autour de ces foyers ou de ces noyaux, parenchyme quelquefois complètement sain, d'autres fois et plus souvent injecté, échymosé, induré dans une étendue ordinairement peu considérable.

XIII. Entrons maintenant dans l'examen des diverses théories émises sur la formation de ces abcès. Les anciens, et Galien entre autres, sans avoir d'idées précises sur la circulation du sang, reconnaissaient un état putride des liquides; c'était dans les grands vaisseaux veineux que ce dernier plaçait le siège de la putridité. *Humorum putredo in cavis et magnis vasis. Humores in maximis venis putrescentes.* (De diff. febr. cl. 3.) — Dans cette école, c'est à la putridité du sang qu'on rapportait les phénomènes de ce genre. Lorsque les fonctions des veines furent mieux connues, la résorption du pus par les veines fut généralement admise, et Paré professait cette opinion. C'était la doctrine des métastases, que Marchettis et Barbette adoptaient aussi, attribuant dans les plaies de tête, suivies d'abcès au foie, la descente du pus de la tête vers cet organe; le dernier auteur surtout, professait l'opinion erronée, réfutée par Morgagni, que les blessures et fractures du crâne ne donnaient lieu qu'à des abcès du foie.

Morgagni, au contraire, considérant que souvent au lieu de pus liquide, on ne trouve dans les poumons et le foie que des noyaux à peine en voie de suppuration, d'autres même offrant la consistance d'un corps glanduleux; que souvent aussi l'on trouve dans les viscères beaucoup plus de matière purulente que n'en a pu donner une plaie souvent très-peu étendue, Morgagni, disons-nous, combattit l'opinion exclusive de la simple métastase. Il paraît, dit-il, d'après les faits, que le pus amené d'un point quelconque sur les viscères, n'y est pas toujours déposé sous forme de pus. Souvent au moins quelques-unes de ses molécules, mêlées au sang,

peuvent se détacher entièrement, s'isoler de la masse des liquides, peut-être s'attacher aux anfractuosités des glandes lymphatiques, et là, déterminant obstacle, irritation, gêner le passage des humeurs, et par l'inflammation qui en est la suite, donner lieu à une quantité de pus, beaucoup plus abondante que celle qui a été apportée dans ce point. (Morgagni. *de sed. Epis.* I. 1. § 23.)

Quesnay, dans un ouvrage ex professo sur la suppuration, distingue formellement le fait de la suppression de cette dernière, d'avec celui de la résorption. (*Traité de la suppur.* p. 324. Paris 1749.) Il établit le caractère essentiel de ce phénomène. « Quant aux abcès qui se forment à l'occasion d'une résorption, dit-il, il paraît qu'ils sont rarement de simples dépôts produits par la collection des matières repompées, qu'ils sont presque toujours la suite d'une inflammation causée par ces matières elles-mêmes. » (Ibid. p. 344.)

Wanswiéten, dans ses commentaires, adopte l'idée du dépôt en nature. « *Ingens observationum numerus habetur, quibus confirmatur pus nimis diu relictum in loco clauso, venis absorberi et sanguini misceri posse atque postea ad varia corporis loca deponi.* (Wansw. Com. t. 1. p. 649-50.)... *Ab hâc puris resorptione toties pereunt illi quibus extirpatis membris, aut anevrysmate resecto, ingens vulnus factum fuit quod quotidie magnam puris copiam dat.* » (Loc. Cit.)

J.-L. Petit paraît aussi partager cette opinion. Il examine les causes qui, selon lui, donnent lieu au reflux des matières purulentes, en décrit les principaux symptômes suivant que ce reflux s'opère ou est opéré. Il parle alors des dépôts qui se forment dans le foie, dans le poumon; les abcès se forment, dit-il, en très-peu de temps. Ce qui vient, peut-être, de ce que le pus, qui est dans le sang, est déjà tout formé, et qu'il ne change presque pas de nature; ce qui nous autorise à le croire, c'est qu'il paraît dans les selles, dans les urines, etc. (*J.-L., P. œuv. p.*, t. I, p. 9 et 10.) Enfin, J.-P. Frank admet aussi comme fait la résorption du pus et son évacuation par les selles et les urines. (*F. de Cur. hom. mor.*, t. I, § 119.) Je pourrais citer encore les théories émises par Bertrandi, Andouillé, Pouteau, sur le refoulement du sang veineux,

suivant les premiers, artériel suivant l'autre, pour expliquer la formation de ces abcès. Mais arrivons aux travaux de notre époque.

Lorsqu'à la fin du dernier siècle, le solidisme vint renverser les doctrines humorales, pour régner bientôt exclusivement à leur place, on perdit peu à peu de vue, si l'on n'oublia tout-à-fait, ce qui avait été dit déjà sur ce point; et, au lieu de chercher à vérifier l'exactitude de ces assertions, on préféra chercher des explications nouvelles. Ainsi, Dessault regarde ces abcès comme la conséquence du trouble excité dans le système nerveux; M. Larrey, suivant les mêmes idées, y voit l'effet d'une sympathie morbide, sans toutefois rejeter la possibilité d'une métastase. M. Richerand explique les abcès du foie par la commotion ou la contusion de croisure au moment de l'accident. Au milieu de toutes ces opinions, la question reste encore plus difficile à résoudre pour le solidisme du commencement du 19e siècle que pour les anciens. Les idées de Hunter sur ce sujet empêchèrent probablement, dit M. Arnott, les pathologistes et les chirurgiens anglais de porter une attention nouvelle sur les abcès viscéraux, expliqués jadis par la métastase. Hunter, en effet, niait le transport du pus, comme fait existant et comme fait possible, et de plus que l'absorption du pus fût suivi des funestes effets qu'on lui attribue.

XIII. Cependant, Monteggia en 1802 et 1813 (1re et 2e éd.), concluait de nécropsies et d'observations nombreuses, contradictoirement aux idées de Hunter, l'absorption du pus par les veines et son dépôt dans les viscères. M. Ribes, en France, dès 1817, émettait, dans les Mémoires de la société médicale d'émulation (*T.* 8, *p.* 622 *et suiv.*), sur la phlébite et ses conséquences, relativement aux altérations du sang, des idées qui devaient bientôt être confirmées par de nouveaux faits et des observations publiées, par l'examen des vaisseaux et surtout des veines, trop négligé autrefois dans les ouvertures des cadavres. Cette idée fixa donc tout particulièrement l'attention des observateurs dans ces dernières années, et détermina bientôt diverses publications, qui, eu égard aux idées dominantes alors, ne pouvaient passer inaperçues. C'est ainsi, qu'en 1823 et 24, les

thèses de MM. Velpeau et Blandin, contenaient déjà les germes des travaux qu'ils ont publiés depuis sur ce sujet.

Il s'agissait d'abord de s'assurer si, dans les cas où l'on rencontrait des abcès dans les viscères, le sang se trouvait altéré par son mélange avec le pus; et, mieux encore, si l'on trouvait du pus dans les veines. Tel a été le but principal du Mémoire publié en 1824, dans les archives, par M. Velpeau (*Archives gén. de m.* 1824, t. 6.), puis d'un autre travail inséré dans la Revue. (*Revue méd.*, t. 2, 3, 4. 1826.) M. Marechal (*Thèse* 1818, n° 4) et plusieurs autres personnes distinguées des divers hôpitaux, choisissant ce sujet pour leurs dissertations inaugurales arrivèrent au même résultat, savoir que, dans ces cas, le sang était altéré par son mélange avec le pus. Ce fait, qui n'était, pour ainsi dire, nouveau qu'à cause des idées dominantes de l'époque, a maintenant toute l'authenticité que puisse donner l'évidence et des masses d'observations semblables.

XIV. Voici l'analyse de quelques-unes des nombreuses observations que nous pourrions citer à cette occasion : 1. Jeune fille de dix-huit ans. Tumeur blanche au genou droit. Amputation. Mort le quatorzième jour.— Cerveau : substance grise et blanche, mais, surtout la première, contenant une multitude de foyers purulens, isolés et assez bien circonscrits. Dans les uns, la suppuration semblait commencer; dans les autres, c'était de véritable pus. Poumon gauche : plusieurs collections purulentes à la base, au centre, au sommet. Épanchemens sanguins circonscrits, et au centre desquels est un noyau jaunâtre, purulent; pareilles choses dans le poumon droit. Rate : deux noyaux d'engorgement circonscrits.— Veines : saphène, rien depuis son extrémité jusqu'à son embouchure dans la crurale; celle-ci rouge à l'intérieur. Au niveau seulement de son embouchure avec sa collatérale, pus bien formé et pur dans son intérieur. Plus haut, ce pus est mêlé à du sang. Dans la collatérale, on trouve du pus en quantité notable à une petite distance de la surface du moignon. Pus sous le périoste enflammé et soulevé; pus dans le canal médullaire, ainsi que dans les aréoles du

tissu spongieux de la tête et du col du fémur que nous avions fendus. (*Voy. Jour. univ. hebd.*, t. I, p. 318. 1830.)

2. Femme de 39 ans, escarrhe à la lèvre inférieure (suite au rapport que nous fit la malade de la piqûre d'un insecte, accidens analogues à ceux de la pustule maligne). Cautérisations avec la potasse caustique. Mort le 10e jour de l'invasion des accidens. — Nécropsie. L'escarrhe fendue renferme du pus au-dessous d'elle, comprend presque toute l'épaisseur de la lèvre. Plèvre gauche enflammée, épanchement purulent; poumon gauche, grande quantité d'abcés à différens états, beaucoup moins dans le droit; rate : se réduit en putrilage sanieux.

Veines : la veine faciale droite, très-gonflée, contient du pus dans certains endroits, dans d'autres une sanie rougeâtre, elle est épaissie, rouge. Ces altérations, tant du vaisseau que du liquide, s'étendent jusque dans la préparate. Mêmes lésions, mais moins étendues dans la veine faciale gauche. Jugulaire droite remplie de pus, épaissie, rouge. Une veine thyroïdienne gauche, même état. Abcès entre le grand et le petit pectoral (Obs. pub. M. Littré).

3. Homme de 43 ans. Fracture compliquée du coude droit. Mort le 24e jour. — Nécropsie : un abcès gros comme une noisette dans le lobe inférieur du poumon droit. Autres collections analogues dans l'autre poumon, sans traces d'altération du parenchyme autour de ces abcès. Au-dessous de la fracture, veines superficielles vides et à l'état normal; à partir du pli du bras, matière d'un roux brun foncé, granuleuse ou concrétée dans la céphalique. Mêmes choses, et à un plus haut degré encore dans la basilique. Veine médiane rompue, ses deux extrémités baignant dans un abcès, sont rouges et oblitérées. Dans sa portion supérieure, matière purulente jusqu'à son embouchure dans la brachiale qui en contient aussi. Les tuniques de cette dernière ne sont ni rouges ni épaissies. Veines tibiale postérieure et peronière remplies de pus à partir d'un abcès existant entre les muscles au-dessous du mollet droit. Veine poplitée également pleine de pus. Les veines fémorale, iliaque et cave inférieure offrent du pus tantôt en grumeaux isolés et serrés, tantôt mêlé à des concrétions fibrineuses, plus souvent délayé dans le

sang liquide. Veine cave supérieure et oreillette droite remplies par une matière analogue qu'on suit dans l'artère pulmonaire, ses ramifications, et qu'on retrouve dans les veines pulmonaires et même l'aorte, seulement avec des caractères moins éloignés de ceux du sang ordinaire. (Velpeau, *Mém. sur les altérat. du sang. Rev. méd.* T. II, 1826, p. 455 et suiv.)

4. Fracture de la jambe gauche; mort le 20e jour. Abcès dans le foie; pus dans la veine poplitée. Dans l'étendue de quelques pouces et dans d'autres veines environnant la fracture. Veine crurale vide de pus mais rouge (Danvin, thèse. In-4°, 4 mai 1831).

5. Fracture de la jambe gauche; mort le 18e jour. Abcès dans le poumon; dans d'autres points, hépatisation grise autour de laquelle le poumon offre l'hépatisation rouge. Point de pus dans les veines avoisinant la solution de continuité; on en trouve seulement dans la plantaire (*id.*).

XV. Sans multiplier davantage les citations, nous pouvons, dès à présent, regarder comme fait établi la présence du pus dans les veines, son mélange avec le sang et l'altération de ce fluide par ce mélange. Ce fait, les anciens l'avaient signalé; nous avons seulement sur eux l'avantage de l'avoir démontré par des recherches anatomiques positives et nombreuses. Maintenant, comment le pus se trouve-t-il dans les vaisseaux, et comment ces abcès sont-ils produits? A cet égard deux théories principales se sont élevées, et partagent encore aujourd'hui les observateurs.

XVI. La première et la plus ancienne est celle de la résorption du pus, son mélange au sang, et son dépôt, en nature, dans le parenchyme des organes. Ainsi M. Velpeau, dans sa thèse, en parlant des abcès dits par métastase, s'exprime ainsi (prop. 18): *Il n'est pas toujours nécessaire d'admettre une cause étrangère à la suppuration pour expliquer les métastases; le plus souvent c'est le pus lui-même qui en est la source primitive.* En commentant une de ses observations que nous venons de citer (3), et parlant du pus mêlé au sang par suite d'une résorption sans cesse croissante, il dit: *L'économie, cherchant à s'en débarrasser* (de la matière purulente) *la dépose dans le poumon, les membres inférieurs, en formant de*

de nouveaux abcès qui deviennent de nouvelles causes de désordres.

Maréchal, dans sa thèse (1828), adopte formellement l'opinion de la résorption et du dépôt en nature ; il fait remarquer qu'il n'existe souvent aucun intermédiaire entre la collection purulente parfaitement limitée et l'état tout-à-fait sain du tissu qui forme les parois du foyer. « Très-souvent, dit-il encore, j'ai constaté la présence » du pus sans altération de leurs parois, dans les veines saphène, » crurale, hypogastrique, iliaque, axillaire et leurs branches, à la suite » d'une amputation. » Sa théorie du dépôt est toute mécanique. Le pus mêlé au sang et plus épais que lui ne peut aussi facilement traverser les capillaires des organes, le diamètre de ces capillaires se trouvant seulement en rapport avec la fluidité du sang, le pus reste forcé de s'arrêter par un obstacle mécanique ou physique que les parties les plus ténues peuvent seules franchir (p. 20). Mais pourquoi la résorption ne s'opère-t-elle pas dans tous les cas indistinctement? C'est que souvent, ajoute-t-il, d'une part de fausses membranes tapissent le foyer, et que de l'autre, il faut de larges ouvertures veineuses pour que le pus soit aspiré par les veines; car les expériences ont démontré que chaque diastole de l'oreillette droite et chaque mouvement d'inspiration produit dans les grosses veines une sorte de vide qui détermine chaque fois l'ascension d'une colonne de mercure mise en communication avec l'une d'elles.

4. E. Legallois, dans un mémoire envoyé à l'académie de médecine, et inséré au journal hebdomadaire (tom. II, 166. — III, 322. 1829), soutient la doctrine de la résorption du pus et de son dépôt dans les viscères; mais, ajoute-t-il, son contact avec leur substance détermine à la longue une inflammation qui a elle-même pour effet de produire du pus et d'augmenter la collection qui existe déjà. Il trouve dans la disposition des veines hépatiques, leurs communications presqu'immédiates avec les cavités droites du cœur, et le reflux continuel du sang noir (premier véhicule du pus) de ces cavités dans le foie, la raison de la fréquence des abcès de ce dernier. On trouve des faits fort intéressants dans ce travail; seulement on regrette que l'auteur n'ait pas été assez sévère dans l'examen de quelques-uns

d'entre eux (*ib.* p. 170), qu'il s'attache trop facilement peut-être à trouver dans la résorption l'explication de presque tous les phénomènes morbides.

M. Guthrie attribue les abcès, suite d'opérations, à l'altération du système circulatoire, et pense que suivant les conditions individuelles, tel ou tel viscère sera de préférence affecté. M. Bell donne les phlegmasies pulmonaires comme causes les plus fréquentes de la mort dans les cas dont il s'agit, l'inflammation lui paraissant être la cause de ces abcès dans le poumon surtout et les autres organes.

XVII. La seconde théorie est fondée sur la phlébite.

Les travaux de M. Dance sur la phlébite utérine, l'avaient conduit à établir, dans ces cas l'altération du sang, par la présence du pus secrété à la suite de l'inflammation de ces veines, et à faire ressortir la liaison qui existait entre ces inflammations veineuses et les collections purulentes trouvées dans différens organes. Généralisant cette idée, M. Dance l'appliqua aux autres cas d'abcès qu'on rencontre à la suite des fractures, des plaies, des amputations; il en plaça les causes premières dans la phlébite des troncs ou des branches veineuses; toutefois, dans le travail qu'il publia sur ce sujet en 1828 (*Archiv. gén.* t. 18, p. 500), cet auteur admettait que le pus formé dans les veines enflammées, pouvait être transporté et déposé en nature dans les organes, car il s'exprimait ainsi : « L'intégrité parfaite du tissu pulmonaire qui avoisinait ces abcès, n'indique-t-elle pas que ce pus a été déposé et non formé dans les poumons. L'interprétation exacte des symptômes ne fournit-elle pas encore de fortes présomptions en faveur de cette opinion? » M. Dance, toutefois, paraît avoir plus tard renoncé à la soutenir, car dans un travail plus récent, dont l'article *abcès métastatiques* du *Dictionnaire de Médecine*, 2e édit., n'est qu'un extrait, il dit, en parlant des abcès métastatiques : Ces abcès ne sont pas le résultat du transport du pus en nature dans les divers organes. Dans la plus grande majorité des cas, il existe une inflammation veineuse, qui prend naissance au tour de la plaie ou de la lésion primitive; cette inflammation est la

véritable voie par laquelle le pus s'introduit dans la circulation, il se mêle au sang dont il altère la composition ; ce sang arrivé aux parenchymes, y provoque de nouvelles inflammations qui ont la plus grande tendance à se terminer par suppuration. Les capillaires veineux sont le siége de cette inflammation. Pareille manière de voir a été émise et soutenue par M. Blandin, dans un *Mémoire sur quelques accidens très communs à la suite des amputations des membres.* (*Jour. heb.*, t. 2, p. 579. — 1829.) Seulement, pour M. Blandin, la phlogose des veines qui avoisinent les abcès, et la suppuration qu'on trouve dans la cavité de ces vaisseaux, est, non la cause, mais le résultat de l'extension de l'inflammation développée par le sang, altérée dans le parenchyme d'un organe, et propagée consécutivement aux divers éléments qui le composent. (*Journ. hebd.* t. 2, p. 596. — 1829.)

M. Cruveilhier (*Anat. path. du corps hum.*, in-f°, 11e fassic. — phlébite, 1830), professe une opinion semblable à celle que M. Dance a soutenue; mais il est peut-être encore plus exclusif et absolu que ce dernier, dans ses conclusions; en voici le résumé :

Les abcès viscéraux sont idiopathiques, c'est-à-dire, formés au sein même des viscères par un travail inflammatoire; tout corps étranger introduit en nature dans le système veineux, détermine, lorsque son élimination est impossible, des abcès viscéraux, entièrement semblables à ceux qui succèdent aux plaies et aux opérations chirurgicales, et ces abcès sont le résultat d'une phlébite capillaire, de ces mêmes viscères (p. 4). Dans ces cas de plaies, de fractures, le corps étranger mêlé au sang est du pus. Suivant M. Cruveilhier, il n'est que trois voies pour l'introduction du pus en nature, dans le torrent de la circulation : 1° L'injection directe, 2° l'attraction exercée par une veine béante, 3° la phlébite.

Le premier moyen n'est employé que sur les animaux soumis aux expériences. Ils éprouvent des accidents plus ou moins graves, parfois cependant ils peuvent survivre. Ils meurent en peu de temps si l'injection est forte. Deux chiens, sur lesquels M. Sanson injecta le pus fétide d'un cancer, mais en petite quantité,

d'entre eux (*ib.* p. 170), qu'il s'attache trop facilement peut-être à trouver dans la résorption l'explication de presque tous les phénomènes morbides.

M. Guthrie attribue les abcès, suite d'opérations, à l'altération du système circulatoire, et pense que suivant les conditions individuelles, tel ou tel viscère sera de préférence affecté. M. Bell donne les phlegmasies pulmonaires comme causes les plus fréquentes de la mort dans les cas dont il s'agit, l'inflammation lui paraissant être la cause de ces abcès dans le poumon surtout et les autres organes.

XVII. La seconde théorie est fondée sur la phlébite.

Les travaux de M. Dance sur la phlébite utérine, l'avaient conduit à établir, dans ces cas l'altération du sang, par la présence du pus secrété à la suite de l'inflammation de ces veines, et à faire ressortir la liaison qui existait entre ces inflammations veineuses et les collections purulentes trouvées dans différens organes. Généralisant cette idée, M. Dance l'appliqua aux autres cas d'abcès qu'on rencontre à la suite des fractures, des plaies, des amputations; il en plaça les causes premières dans la phlébite des troncs ou des branches veineuses; toutefois, dans le travail qu'il publia sur ce sujet en 1828 (*Archiv. gén.* t. 18, p. 500), cet auteur admettait que le pus formé dans les veines enflammées, pouvait être transporté et déposé en nature dans les organes, car il s'exprimait ainsi : « L'intégrité parfaite du tissu pulmonaire qui avoisinait ces abcès, n'indique-t-elle pas que ce pus a été déposé et non formé dans les poumons. L'interprétation exacte des symptômes ne fournit-elle pas encore de fortes présomptions en faveur de cette opinion? » M. Dance, toutefois, paraît avoir plus tard renoncé à la soutenir, car dans un travail plus récent, dont l'article *abcès métastatiques* du *Dictionnaire de Médecine*, 2e édit., n'est qu'un extrait, il dit, en parlant des abcès métastatiques : Ces abcès ne sont pas le résultat du transport du pus en nature dans les divers organes. Dans la plus grande majorité des cas, il existe une inflammation veineuse, qui prend naissance au tour de la plaie ou de la lésion primitive; cette inflammation est la

véritable voie par laquelle le pus s'introduit dans la circulation, il se mêle au sang dont il altère la composition ; ce sang arrivé aux parenchymes, y provoque de nouvelles inflammations qui ont la plus grande tendance à se terminer par suppuration. Les capillaires veineux sont le siége de cette inflammation. Pareille manière de voir a été émise et soutenue par M. Blandin, dans un *Mémoire sur quelques accidens très communs à la suite des amputations des membres.* (*Jour. heb.*, t. 2, p. 579. — 1829.) Seulement, pour M. Blandin, la phlogose des veines qui avoisinent les abcès, et la suppuration qu'on trouve dans la cavité de ces vaisseaux, est, non la cause, mais le résultat de l'extension de l'inflammation développée par le sang, altérée dans le parenchyme d'un organe, et propagée consécutivement aux divers éléments qui le composent. (*Journ. hebd.* t. 2, p. 596. — 1829.)

M. Cruveilhier (*Anat. path. du corps hum.*, in-f°, 11e fascic. — phlébite, 1830), professe une opinion semblable à celle que M. Dance a soutenue; mais il est peut-être encore plus exclusif et absolu que ce dernier, dans ses conclusions; en voici le résumé :

Les abcès viscéraux sont idiopathiques, c'est-à-dire, formés au sein même des viscères par un travail inflammatoire; tout corps étranger introduit en nature dans le système veineux, détermine, lorsque son élimination est impossible, des abcès viscéraux, entièrement semblables à ceux qui succèdent aux plaies et aux opérations chirurgicales, et ces abcès sont le résultat d'une phlébite capillaire, de ces mêmes viscères (p. 4). Dans ces cas de plaies, de fractures, le corps étranger mêlé au sang est du pus. Suivant M. Cruveilhier, il n'est que trois voies pour l'introduction du pus en nature, dans le torrent de la circulation : 1° L'injection directe, 2° l'attraction exercée par une veine béante, 3° la phlébite.

Le premier moyen n'est employé que sur les animaux soumis aux expériences. Ils éprouvent des accidents plus ou moins graves, parfois cependant ils peuvent survivre. Ils meurent en peu de temps si l'injection est forte. Deux chiens, sur lesquels M. Sanson injecta le pus fétide d'un cancer, mais en petite quantité,

survécurent; ils furent sacrifiés environ quinze jours après. On ne trouva rien dans les viscères et dans les vaisseaux, seulement chez tous les deux un abcès dans le grand pectoral.

Or, M. Cruveilhier nie la possibilité de l'attraction veineuse, par l'extrémité des vaisseaux divisés, se fondant sur ce que dès le deuxième jour, et par cela même avant que la suppuration soit établie, un caillot obturateur ferme l'orifice béant de ces veines. Reste donc la phlébite : donc les abcès viscéraux en sont le résultat. Mais M. Cruveilhier dans son énumération, omet les vaisseaux lymphathiques, et l'imbibition. Or, le mode de communication des lymphatiques avec les veines a été démontré mieux encor par les expériences des commissaires de l'Institut, que par le travail de M. Lippi, qui en était l'objet. L'imbibition des veines est encore un fait démontré par la physiologie. Et si l'on peut objecter que le pus contenu dans les lymphatiques, aboutissant à un foyer, peut bien être aussi le résultat de leur inflammation, nous demanderons si, quand ces vaisseaux contenant du pus, offrent tout-à-fait l'aspect de l'état normal, on peut les dire enflammés? Or, c'est ce qu'il est arrivé assez souvent d'observer, dans plusieurs ouvertures de cadavres, et surtout chez des femmes mortes en couche. Mais peut-être pour ces vaisseaux, fera-t-on la même réponse qu'aux objections tirées de l'absence complète d'inflammation, au moins pour nos sens, dans certaines veines qui contiennent du pus chez des amputés ou autres malades chirurgicaux. C'est que dans la phlébite, la membrane interne des veines ne présente jamais les traces ordinaires de l'inflammation au premier degré, c'est-à-dire l'injection des capillaires. C'est l'absence des phénomènes anatomiques de l'inflammation dans la membrane interne des veines, le défaut d'injection capillaire qui a servi d'argument principal aux auteurs qui admettent que le pus trouvé dans les veines n'a point été formé dans le lieu même, mais bien dans d'autres points de l'économie. (Cruveilhier, *Ibid.* p. 17). Mais comment donc reconnaître et affirmer l'existence de l'inflammation, là où il y a absence complète de ses caractères anatomiques?

Toutefois, M. Blandin, qui a disséqué et examiné soigneusement les veines dans cet état d'inflammation, établit trois variétés de cet état. (*Loc. cit.* 583.) Tantôt, dit-il, la membrane interne présente des traces évidentes d'inflammation. Elle n'est pas rouge, mais on la trouve recouverte dans quelques points de couches pseudo-membraneuses. Sont-ce ces couches qui sont les traces évidentes? à la bonne heure, mais quand on trouve du pus, pas de rougeur et pas de couches, y a-t-il encore inflammation et sécrétion de pus dans ce point? Quant à l'imbibition; je crois qu'il convient de distinguer ce phénomène presque tout capillaire, de l'absorption, véritable fonction vitale; car pour le dire aussi en passant, les mots absorption et résorption sont trop souvent confondus, ils sont loin d'être synonymes.

En résumé, pour MM. Cruveilhier, Dance, Blandin, tout pus trouvé dans les veines vient d'une phlébite. Tout abcès viscéral est le résultat d'une phlébite capillaire consécutive, et produite par un liquide irritant qui n'est pas du sang, qui n'est pas du pus, mais un fluide nouveau, indécomposable, formé par ce mélange devenu intime dans les vaisseaux et le poumon, et qui détermine tous ces désordres.

Je ne terminerai pas cet examen sans parler des travaux de MM. Rose (1) et Arnott (2). On a droit de s'étonner toutefois qu'après avoir examiné les opinions de divers auteurs anciens, et à une époque où d'importans travaux modernes avaient été publiés, le Dr Rose regarde l'opinion de Dessaut, qui attribuait les abcès viscéraux au trouble sympathique du système nerveux, comme la seule explication donnable. Il explique d'ailleurs la rapidité avec laquelle se forment les abcès par la condition même du malade, affecté d'une blessure ou plaie suppurante, condition pendant laquelle toute congestion, toute inflammation tend à être suivie d'un épanchement d'un fluide purulent et de lymphe.

---

(1) Observations on dépositions of pus etc. Transact. med. chir., tom. XIV, pag. 251. *London.* 1829.

(2) On the secondary affects of the inflam. of veins. *Ibid.*, tom. XV. part. I. *Lond.* 1829.

M. Arnott, dans un travail où il résume la plupart des opinions diverses émises entre autres par Cheston, Hunter, MM. Guthrie et Bell, rapporte dans sa première partie un certain nombre de faits, dans lesquels la section ou la ligature d'une veine furent suivies d'accidens consécutifs, semblables à ceux qu'on observe dans les plaies, les amputations, les fractures. De cette similitude dans les lésions, il conclut la parité dans l'étiologie. Il rapporte, comme Dance, les abcès du foie ou du poumon, dans les plaies de tête, à l'inflammation des veines du crâne; il fonde cette explication qu'il émet, sous forme dubitative, sur des observations qu'il réunit à cet effet. Enfin, tout en admettant, d'après l'interprétation des faits qu'il a observés, que l'altération du sang par le pus soit dans tous es cas le résultat d'une phlébite, M. Arnott déclare qu'il ne prétend rien préjuger sur la manière dont cette cause agit pour déterminer les affections secondaires, ayant des caractères spéciaux, c'est-à-dire, ces dépôts de pus et de lymphe qui ne sont pas accompagnés de changemens dans la texture des parties. Cependant dans son opinion il ne regarde pas la matière purulente ainsi déposée, comme étant actuellement telle qu'elle a été apportée dans la circulation d'une ou plusieurs veines.

M. Andral enfin pense, d'après ce qu'il a vu, que le pus dans les veines vient d'une phlébite, et que de ces vaisseaux il est déposé en nature dans les foyers.

XVIII. Il est temps pour nous de prendre un rôle actif dans cette discussion, de tâcher d'arriver à une conclusion définitive.

XIX. Et d'abord, toute théorie qui n'explique pas d'une manière complète tous les faits qu'elle doit embrasser, est par cela même insuffisante et ne peut prétendre à être exclusive. Elle est forcée, en s'établissant, d'avouer qu'elle conclut du particulier au général. Ainsi, dire avec MM. Cruveilhier, Dance, etc., que toutes les collections purulentes, grandes ou petites, sont nécessairement le résultat d'une phlébite capillaire, c'est au moins exclure du nombre de ces collections celles que, dans beaucoup de cas de blessures, fractures, etc., on rencontre dans le cerveau, les poumons, la rate, les reins; constituées par de petits amas de pus, bien pur,

bien ne, gros comme des grains de millet ou de chenevis, et autour desquels, comme le dit M. Velpeau (*Nouv. El. de. méd. op.*, tom. 1., intr.), l'examen le plus minutieux, le plus attentif ne laisse pas reconnaître la *moindre trace de lésion des élémens organiques*. Nous avons vu assez souvent de semblables cas pour n'être pas du même avis.

XX. Mais aussi lorsqu'à l'occasion d'une plaie peu étendue, on trouve dans les viscères plus de matière purulente que n'en a pu fournir la plaie, la doctrine de la résorption et du dépôt en nature devient insuffisante. Je sais bien qu'elle répond que ce pus fait épine et provoque à son tour une inflammation suivie d'une secrétion purulente nouvelle. Cela rentre assez dans les idées de Morgagni. Mais quand on ne trouve pas de traces apparentes d'inflammation du parenchyme même, dans ces cas la difficulté revient la même. Il faudrait alors établir qu'il est des cas où du pus peut être sécrété sans inflammation préexistante. Or c'est ce qui reste à démontrer.

XXI. Enfin, lorsque trouvant les veines enflammées, du pus dans ces veines, ou de la sanie purulente, des abcès dans les viscères, les uns à l'état rudimentaire, les autres à leur maturité parfaite, lorsque disséquant les vaisseaux apparens du voisinage, on les trouve remplis de pus, ou ayant leurs parois vivement injectés en dehors (Blandin, L. cit., p. 595.); tout, dans ces cas, prouve l'existence d'une phlébite primitive, suivie d'altération du sang, et l'existence d'une phlébite capillaire secondaire peut en être déduite rationnellement; je dis rationnellement, car voir l'inflammation d'un capillaire, la toucher du doigt, et de l'œil et du scalpel, c'est, quoiqu'on ait dit sur ce point au sujet de la théorie de l'érysipèle et du phlegmon, chose humainement impossible.

XXII. Remarquez que, en rejetant tout-à-fait la résorption, pour admettre avec MM. Dance, Cruveilhier, Arnott, la phlébite comme cause unique de la présence du pus dans les veines, le reste de la théorie des deux premiers, ne s'appliquerait pas encore aux cas dont nous parlions tout à l'heure, et dans lesquels de petits dépôts sont trouvés dans l'épaisseur des organes, et semblent avoir simplement écarté leurs fibres pour s'y nicher, sans que la moindre trace

de phlegmasie s'y rencontre. Nous admettons, il est vrai, d'après ce que nous offre l'examen des pièces, que ces collections ne sont pas le produit d'une inflammation. Si l'on nous dit que cette inflammation a existé, et disparu comme nous ne pouvons pas rigoureusement le nier, nous restons dans le doute, seulement notre opinion a pour elle plus de probabilité.

XXIII. Les expériences sur les animaux vivans conduisent à des résultats intéressans sans doute, mais impropres pourtant à trancher eux seuls le nœud de la difficulté. Une tige de bois est introduite dans la veine fémorale d'un chien, et détermine une phlébite. L'animal mort, on trouve toutes les veines et veinules du membre injectées de pus. En divisant les muscles, de petits foyers de pus apparaissent çà et là, c'étaient des veinules gonflées de pus, partout des veines saines correspondaient à des muscles sains. Des veines malades correspondaient à un foyer induré. Cela prouve la propagation de l'inflammation veineuse et la formation de foyers purulens sous son influence. Mais cela ne prouve pas que le dépôt en nature soit impossible dans tous les cas.—Le mercure, injecté dans la cavité médullaire d'un os long, et retrouvé dans d'autres viscères, ne prouve pas davantage à notre avis en faveur de la résorption et du dépôt. Entre le mercure et le pus, la différence est trop sensible, pour conclure à parité dans les effets. Quant à l'injection du pus dans les veines, nous en avons parlé déjà.

Corollaires.

XXIV. De tout ce qui a été dit jusqu'ici, nous croyons pouvoir déduire les corallaires suivans :

Dans le plus grand nombre des cas d'abcès visceraux trouvés à la suite de plaies, de fractures, d'amputations, de saignées, de ligature, de résection de veines et autres opérations chirurgicales, la phlébite a été l'élément primitif de ces abcès, et le plus souvent aussi une congestion sanguine inflammatoire a précédé leur formation dans les viscères. D'autres fois, le pus formé par une phlébite isolée, a pu être déposée ensuite en nature, ce que l'on peut re-

garder comme très probable au moins, lorsqu'on ne voit aucune trace d'inflammation autour de ces collections, et que les vaisseaux appréciables du voisinage ne sont pas trouvés enflammés. Nous admettons donc ces deux modes de formation d'abcès avec M. Velpeau, qu'on a indiqué à tort comme soutenant exclusivement la doctrine de la résorption et du dépôt en nature qu'il admet aussi dans certains cas. Si d'un autre côté l'on considère que des veines ont été trouvées contenant du pus près de la surface du moignon et non complètement oblitérées; ou bien baignant dans le pus d'un abcès, et en contact avec ce liquide tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; que les troncs avec lesquels elles communiquaient conservaient du pus sans être ni rouges ni épaissies; (Velp. *Rev. méd.* 1826, p. 9.) Que du pus a souvent été trouvé dans les lymphatiques; que ces vaisseaux communiquent avec les veines; que celles-ci, outre leur propriété d'absorber par leurs radicules, ont aussi celle toute passive en quelque sorte de se laisser imbiber, et de donner passage aux fluides en nature, à travers les parois de leurs troncs et de leurs branches, le fait de la résorption pourra déjà être considéré comme possible pour certains cas. Si maintenant, à ces considérations l'on joint celles que nous avons présentées dans la section *B*; s'il est vrai que, d'après des faits dont aucun, nous le répétons, n'ont été observés et constatés par nous, des abcès assez volumineux ont été rapidement résorbés, que presqu'immédiatement après, des évacuations purulentes ont eu lieu; que dans d'autres cas, il y a eu alternative entre des excrétions semblables et l'écoulement du pus à la surface de plaies ou de blessures profondes; le fait de la résorption deviendra pour ces cas incontestable, le fait de la métastase d'une grande probabilité. Or, des faits du même ordre se prêtant un mutuel appui, la possibilité des uns implique la possibité des autres. Dans les uns et les autres du pus est entré dans la circulation, mais dans les premiers une large surface, un organe de dépuration ont été chargés d'éliminer presqu'aussitôt de la masse du sang le fluide qui l'altérait. Chez les autres, au contraire, cette disposition si favorable de l'organisme n'existant pas, le mélange du pus au sang s'étant fait d'ailleurs plus *lentement*, et plus *intimement* par

cela même, des abcès se sont formés le plus souvent, soit à la suite d'inflammations locales, soit quelquefois, et suivant toute apparence, par le fait d'un simple dépôt métastatique. Au reste nos devanciers qui après tout ne voyaient pas toujours si mal (et le retour de ces questions en est la preuve), regardaient toute résorption purulente comme faisant courir au malade de grands dangers. Car, dit Wanswiéten : « *Licet in casibus enumeratis felici successu per alvi et urinæ vias pus eductum fuerit, magnum tamen periculum semper adest, ne viscera pessimis collectionibus corrumpat : aut totam sanguinis massam cui miscetur sic depravet, ut vosteà immedicabiles insequantur morbi.* (Loc. cit. 650.)

CONCLUSIONS.

XXV. Toute collection purulente apparaissant à l'état concret ou liquide dans les viscères et les divers parenchymes, lorsqu'un foyer de suppuration existe, ou lorsque du pus est trouvé dans les veines, n'est pas, dans le plus grand nombre des circonstances, le produit d'une métastase.

On doit donc retirer le nom d'abcès métastatiques à un grand nombre de ces collections.

De véritables métastases purulentes peuvent exister; mais dans des cas moins nombreux.

FIN.